

福祉サービス第三者評価結果報告書【令和6年度】

年 月 日

東京都福祉サービス評価推進機構
公益財団法人 東京都福祉保健財団理事長 殿

〒 162-0063

所在地 東京都新宿区市谷薬王寺町53-8 薬王寺ビル6F

評価機関名 日本介護情報機構株式会社

認証評価機関番号 機構 04 — 118
電話番号 03-6380-1341
代表者氏名 代表取締役 渡邊裕貴

印

以下のとおり評価を行いましたので報告します。

評価者氏名・担当分野・評価者養成講習修了者番号	評価者氏名		担当分野	修了者番号	
	①	宮澤 正彦	経営	H0901018	
	②	寺澤 誠	福祉	H0601063	
	③	小野 裕正	福祉	H0305062	
	④				
	⑤				
	⑥				
福祉サービス種別	指定介護老人福祉施設【特別養護老人ホーム】				
評価対象事業所名称	フローラ田無			指定番号	1373900099
事業所連絡先	〒	188-0013			
	所在地	東京都西東京市向台町2丁目16番22号			
	TEL	0424-68-2311			
事業所代表者氏名	施設長 増山和子				
契約日	2024 年 11 月 15 日				
利用者調査票配付日(実施日)	2024 年 11 月 22 日				
利用者調査結果報告日	2025 年 1 月 7 日				
自己評価の調査票配付日	2024 年 11 月 24 日				
自己評価結果報告日	2025 年 1 月 7 日				
訪問調査日	2025 年 1 月 14 日				
評価合議日	2025 年 2 月 17 日				
コメント (利用者調査・事業評価の工夫点、補助者・専門家等の活用、第三者性確保のための措置などを記入)	第三者評価の実施にあたり、事業所に第三者評価に関する事前説明を行い確認を得ました。利用者調査は、事業所と協議の上聞き取り可能な利用者を対象とした聞き取り調査を行いました。事業評価は、経営層及び職員個別の自己評価結果及び利用者調査結果を分析した上で、評価者間で調査時の着眼点を共有し、準備してもらった帳票・文書の一覧表を交付して訪問調査を実施しました。訪問調査では、管理者及び関係職員に対するヒアリングや書類の確認を行い、訪問調査後に評価者間の合議による本報告書を作成しました。				

評価機関から上記及び別紙の評価結果を含む評価結果報告書を受け取りました。
本報告書の内容のうち、
○ 機構が定める部分を公表することに同意します。
○ 別添の理由書により、一部について、公表に同意しません。
○ 別添の理由書により、公表には同意しません。

年 月 日

事業者代表者氏名 印

1	理念・方針（関連 カテゴリー1 リーダーシップと意思決定）
	事業者が大切にしている考え（事業者の理念・ビジョン・使命など）のうち、特に重要なもの（上位5つ程度）を簡潔に記述 （関連 カテゴリー1 リーダーシップと意思決定） 法人に関わる地域の全ての人に「快適」「安全」「安心」「信頼」を提供できるよう心を尽くす。 法人理念の実現を「みんなの credo」によって約束する。 全人的復権（リハビリテーション）を旨とし、おひとりおひとりの「being」を尊重し護り、個々の社会参加や自己実現に努める。 より継地域と共に「活きる」法人を目標として、地域の Social キャピタルとして役割を果たす。続性の高いサービスの提供を目指し人材育成を努め、組織文化の向上醸成を行う。
2	期待する職員像（関連 カテゴリー5 職員と組織の能力向上）
	（1）職員に求めている人材像や役割 職員ひとり一人が、東京聖新会の組織の一員として法人理念実現を目指すために、以下の内容を理解していること。 ・職員自身が自己の果たすべき役割がわかっていること。 ・専門性を活かす組織のあり方を理解し、そのために必要な要素を自覚できること。 ・法人理念の再現のために取り組むべき業務を具現化できる。 ・自己のキャリア、ワークライフバランスを意識した上で目標設定が行える。 ・「自分」を含めた全ての「ヒト、モノ、トキ、シラセ」を繋げられる職員。 ・新しいことにチャレンジするモチベーションをもてる。 以上の事柄を主体的に取り組める職員を大切にできる風土の醸成、職場環境の整備を法人が尽くしことは言うまでもないことである。
	（2）職員に期待すること（職員に持って欲しい使命感） 自分のキャリア人生の中で「なにをたいせつにしているのか」（自己の在り方）を考えられる。 組織の中での自分の役割と、そこで求めさせる使命を自分のキャリアに投影できる職員。

調査対象

調査対象は利用者全員のうち、事業所と協議の上、聞き取り可能な利用者を選出してもらいました。

調査方法

事業所と協議の上選出してもらった聞き取り可能な利用者に対して、資格を有する評価者が聞き取り調査を行いました。利用者が話しやすい環境を作り、プライバシーに配慮しながら対面で行いました。

利用者総数

32

共通評価項目による調査対象者数

アンケート	聞き取り	計
0	6	6
0	6	6
0.0	18.8	18.8

共通評価項目による調査の有効回答者数

利用者総数に対する回答者割合(%)

利用者調査全体のコメント

・回答者による総合的な評価として、「大変満足」が50.0%、「満足」が50.0%と回答者全員が満足と高い評価となっています。

・総合的な自由意見として「安心して暮らせています。」「満足して過ごしています。」「安心し楽しんで生活しています。」「良くやってくださっています。」「自分の気持ちに素直な生活ができています。満足です。」「広いのに大変だけどとてもきれいにさせていただいて感謝しています。」等の意見がありました。

場面観察方式の調査結果

調査の視点：「日常生活で利用者の発するサイン(呼びかけ、声なき呼びかけ、まなざし等)とそれに対する職員のかかわり」及び「そのかかわりによる利用者の気持ちの変化」

評価機関としての調査結果

《調査時に観察したさまざまな場面の中で、調査の視点に基づいて評価機関が選定した場面》

《選定した場面から評価機関が読み取った利用者の気持ちの変化》

「評価機関としての調査結果」に対する事業者のコメント

利用者調査結果

共通評価項目	実数			
コメント	はい	どちらとも いえない	いいえ	無回答 非該当
1. 食事の献立や食事介助など食事に満足しているか	6	0	0	0
・「はい」が100%となっています。 ・自由意見として、「食事はおいしい(複数回答)」「量も十分足りています」「残すことはない」「満足しています」「ミンチにしてもらって食べやすいです」「味付けもちょうどよい」「結構です。肉はだめですが魚の味付けだけ少し濃くしていただければよいです」などの意見がありました。				
2. 日常生活に必要な介助を受けているか	5	0	0	1
・「はい」が83.3%となっています。 ・自由意見として、「ほとんど自立できており、介助は受けていない。ナースコールの経験もない」「車椅子での移動。ナースコールは適切」「雑誌を読んだり、編み物やっています」「介助はほとんどなしで済むが、バックアップはやってもらっている」「車椅子での移動のみ。そのほかの介助はなし。ナースコールの経験もない」「手押し車を押したいができていない」などの意見がありました。				
3. 施設の生活はくつろげるか	6	0	0	0
・「はい」が100%となっています。 ・自由意見として、「半日はフロアで清掃したりお手伝いしたり、読書して過ごす(歴史ものが好き)」「洗濯物をたたんだり、手伝いをしている。絵を描いたり、塗り絵や編み物をしたりして過ごしている」「楽しく過ごしています」「これからは修学教室があり、楽しいです」「テレビを見たり手芸をしたりして過ごす。部屋にすることが多い」「レクや歌を歌うことが大好きです」などの意見がありました。				
4. 職員は日常的に、健康状態を気にかけているか	6	0	0	0
・「はい」が100%となっています。 ・自由意見として、「良く、声掛けをしてくれる」「身体は健康。気にかけてくれている」「気にかけてくれています」「ありがたいです。自分に置き換えて話してくださる」「いづらいことはありません。安心して楽しいです」などの意見がありました。				
5. 施設内の清掃、整理整頓は行き届いているか	6	0	0	0
・「はい」が100%となっています。 ・自由意見として、「綺麗です」「施設、トイレもいつもきれい」「清掃はよくできています」「まあまあでしょう。よくきれいになっています」「とても広いのにきれいになっているので感心している」などの意見がありました。				

6. 職員の接遇・態度は適切か	6	0	0	0
・「はい」が100%となっています。 ・自由意見として、「言葉遣いや接遇は丁寧」「不適切だと感じません。よくできています」「言葉遣いや態度は丁寧」「不適切なことは全くありません」「大丈夫です。よくやってくれています」などの意見がありました。				
7. 病気やけがをした際の職員の対応は信頼できるか	6	0	0	0
・「はい」が100%となっています。 ・自由意見として、「信頼しています」「ありがたいことです」「週1回リハビリをしている」「入所以来、けがや病気はないが、あれば信頼できそう」「ケガをしたり体調が悪くなったことはないが、接し方が丁寧で信頼できる」などの意見がありました。				
8. 利用者同士のトラブルに関する対応は信頼できるか	6	0	0	0
・「はい」が100%となっています。 ・自由意見として、「利用者同士のいさかい等を見たことはないが、あれば信頼できそう」「利用者同士のいさかいは見たことはないが、あれば仲介等をしてくれ信頼はできそう」「トラブルはありません」「いさかいは見たことがないが、スタッフは親切に接してくれており、万一の時も信頼できそう」「トラブルはないです。職員はやってくれます。安心です。居心地は良い」などの意見がありました。				
9. 利用者の気持ちを尊重した対応がされているか	6	0	0	0
・「はい」が100%となっています。 ・自由意見として、「いかがですか」等、声掛けしてくれる」「嫌な思いはしたことがない」「親切で優しい」「それなりに対応してくれています。気持ちを感じられます」「一生懸命やってくれています」「気持ちを大切に対応してくれていることがわかります」などの意見がありました。				
10. 利用者のプライバシーは守られているか	6	0	0	0
・「はい」が100%となっています。 ・自由意見として、「礼儀正しい。守ってもらっています」「安心です。薬もきちんとやってもらえている」などの意見がありました。				
11. 個別の計画作成時に、利用者や家族の状況や要望を聞かれているか	4	0	2	0
・「はい」が66.7%となっています。 ・自由意見として、「希望を聞いて計画してくれています」などの意見がありました。				
12. サービス内容や計画に関する職員の説明はわかりやすいか	4	0	2	0
・「はい」が66.7%となっています。 ・自由意見として、「安心しています」「リハビリ計画等わかりやすく説明してくれます」などの意見がありました。				

13. 利用者の不満や要望は対応されているか	6	0	0	0
・「はい」が100%となっています。 ・自由意見として、「騒がしい時には、言うに対応してくれる」「家族と会いたい時は、家族に会えるよう電話をしてくれる等きちんと対応してくれる」「今まで不満に思ったことはないが対応してくれそう」などの意見がありました。				
14. 外部の苦情窓口（行政や第三者委員等）にも相談できることを伝えられているか	3	0	3	0
・「はい」が50.0%となっています。 ・自由意見として、「知っています」「細かい説明はあったかもしれないが、不満はないのが現状」などの意見がありました。				

I 組織マネジメント項目(カテゴリー1～5、7)

No.	共通評価項目		
カテゴリー1			
1	リーダーシップと意思決定		
サブカテゴリー1(1-1)			
事業所が目指していることの実現に向けて一丸となっている		サブカテゴリー毎の標準項目実施状況	7/7
評価項目1 事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)を周知している		評点(〇〇)	
評価	標準項目		
●あり ○なし	1. 事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)について、職員の理解が深まるような取り組みを行っている	○非該当	
●あり ○なし	2. 事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)について、利用者本人や家族等の理解が深まるような取り組みを行っている	○非該当	
評価項目2 経営層(運営管理者含む)は自らの役割と責任を職員に対して表明し、事業所をリードしている		評点(〇〇)	
評価	標準項目		
●あり ○なし	1. 経営層は、事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)の実現に向けて、自らの役割と責任を職員に伝えている	○非該当	
●あり ○なし	2. 経営層は、事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)の実現に向けて、自らの役割と責任に基づいて職員が取り組むべき方向性を提示し、リーダーシップを発揮している	○非該当	
評価項目3 重要な案件について、経営層(運営管理者含む)は実情を踏まえて意思決定し、その内容を関係者に周知している		評点(〇〇〇)	
評価	標準項目		
●あり ○なし	1. 重要な案件の検討や決定の手順があらかじめ決まっている	○非該当	
●あり ○なし	2. 重要な意思決定に関し、その内容と決定経緯について職員に周知している	○非該当	
●あり ○なし	3. 利用者等に対し、重要な案件に関する決定事項について、必要に応じてその内容と決定経緯を伝えている	○非該当	
カテゴリー1の講評			
施設が目指す理念等は事業計画書等に明示し、毎年理念研修で理解を深めています 法人が掲げる理念に即して実践することができるよう、全職員を対象とした定期的な理念に関する研修を年1回実施しています。この研修を通じて、ゲスト(利用者)・家族、地域の人々、医療・介護・福祉チーム、社会、共に働く仲間に対する取り組み姿勢「私たちの約束(クレド)『心づくしを皆様へ』」が生まれ、活動の糧となっています。法人の理念や基本方針、並びに「私たちの約束(クレド)」、中長期目標は事業計画書に記載しています。事業計画書は常勤職員とスタッフルームに配布され、誰もが閲覧可能です。 経営層は先取的取り組み等により、施設運営をリードしています 経営層は変わりゆく社会情勢を見ながら、常に組織の成長を視野に入れた先取的な取り組みを実践しています。次世代機器の導入や専門性を高める人材育成(計画的な施設内研修、研究発表指導)、2名の東京都認知症介護指導者による認知症介護などを行っています。現在のコロナ禍においても陰圧室の活用と迅速な各種検査を行い、状況に応じた各種検査体制など、有効な感染対策に速やかに着手し、的確なリーダーシップを発揮して利用者、職員ともに安心できる環境を整備しています。これらの対応により組織力は常にブラッシュアップされ強化されています。 重要案件の決定手順はあらかじめ決められており、決定内容は朝礼等で周知されます 法人では、苦情解決、研修、地域貢献、感染予防などの委員会や現場会議、業務会議、総合会議を設置し、課題解決に取り組んでいます。重要な案件は、委員会や現場会議から発議され、総合会議で検討・調整しています。案件によっては理事会で決定する手順となっています。決定事項は、職員には全体朝礼や諸会議、文書の掲示、ミーティングノートを通じて周知します。利用者には館内放送やフロアの掲示等で周知し、家族に対してはコロナで中止していた家族会(年間4回を予定)を再開・報告し、文書を発送して周知しています。			

2 事業所を取り巻く環境の把握・活用及び計画の策定と実行 サブカテゴリー1(2-1) 事業所を取り巻く環境について情報を把握・検討し、課題を抽出している サブカテゴリー毎の標準項目実施状況 6/6 評価項目1 事業所を取り巻く環境について情報を把握・検討し、課題を抽出している 評価 標準項目 ●あり ○なし 1. 利用者アンケートなど、事業所側からの働きかけにより利用者の意向について情報を収集し、ニーズを把握している ○非該当 ●あり ○なし 2. 事業所運営に対する職員の意向を把握・検討している ○非該当 ●あり ○なし 3. 地域の福祉の現状について情報を収集し、ニーズを把握している ○非該当 ●あり ○なし 4. 福祉事業全体の動向(行政や業界などの動き)について情報を収集し、課題やニーズを把握している ○非該当 ●あり ○なし 5. 事業所の経営状況を把握・検討している ○非該当 ●あり ○なし 6. 把握したニーズ等や検討内容を踏まえ、事業所として対応すべき課題を抽出している ○非該当		
サブカテゴリー2(2-2) 実践的な計画策定に取り組んでいる サブカテゴリー毎の標準項目実施状況 5/5 評価項目1 事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)の実現に向けた中・長期計画及び単年度計画を策定している 評価 標準項目 ●あり ○なし 1. 課題をふまえ、事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)の実現に向けた中・長期計画を策定している ○非該当 ●あり ○なし 2. 中・長期計画をふまえた単年度計画を策定している ○非該当 ●あり ○なし 3. 策定している計画に合わせた予算編成を行っている ○非該当 評価項目2 着実な計画の実行に取り組んでいる 評価 標準項目 ●あり ○なし 1. 事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)の実現に向けた、計画の推進方法(体制、職員の役割や活動内容など)、目指す目標、達成度合いを測る指標を明示している ○非該当 ●あり ○なし 2. 計画推進にあたり、進捗状況を確認し(半期・月単位など)、必要に応じて見直しをしながら取り組んでいる ○非該当		
カテゴリー2の講評 施設を取り巻く情報を多方面から把握し、課題等を抽出しています 利用者・家族の意向は満足度アンケート(年1回)や日常の「気づいちゃったシート」等を通じて把握しています。今年からQRコードによるアンケートシステムを導入し、施設来所時に誰でもアンケートができるようになりました。職員の意向は年2回の職員面談や業務改善提案シート、ストレスチェックの実施等で把握しています。地域情報は市内特養連絡会やブロック会等への参加、法人によるラジオ放送等から得ています。さらに、2名の東京都認知症介護指導者や管理者が福祉大学教員であった経験を活かし、先取的な取組みの情報源となっています。 法人が策定した中長期目標をもとに、全職員が参画して事業計画を策定します 法人では、「サービス提供の在り方」「人材の育成と地域の活性化」など6つの観点から中長期目標を策定しています。施設の単年度の事業計画は、この法人目標を基に、前年の実績を加味して作成します。今年度から待機者のニーズに対応するため、定員を30名から33名に変更しました。事業計画と事業報告は、介護、医療看護等各部門および環境改善委員会、文化・教育委員会、安全対策危機管理委員会がそれぞれ6つの観点から全職員が参加して策定します。施設全体の老朽化が進んでおり、設備面で優先順位を決めて取り組むことが期待されます。 事業計画達成のため法人全体で情報共有し、進捗状況を確認しながら取り組んでいます 事業計画の具体的数値目標として空所補填率80%、ショート稼働率100%を掲げています。目標達成のため法人全体で取り組み、併設の老健施設や包括、居宅へ随時空きベッド情報を提供しています。事業計画の推進方法(体制、職員の役割、活動内容等)は全職員が参画し策定したものであり、その推進に当たっては、委員会、現場会議と副主任以上での総合会議で毎月進捗状況を確認しています。計画の見直しは、3か月から6か月での定期見直しのほか、コロナの発生状況や突発事故等によって行います。		

カテゴリ3		
3 経営における社会的責任		
サブカテゴリ1(3-1)		
社会人・福祉サービス事業者として守るべきことを明確にし、その達成に取り組んでいる		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 2/2
評価項目1 社会人・福祉サービスに従事する者として守るべき法・規範・倫理などを周知し、遵守されるよう取り組んでいる 評点(〇〇)		
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 全職員に対して、社会人・福祉サービスに従事する者として守るべき法・規範・倫理(個人の尊厳を含む)などを周知し、理解が深まるように取り組んでいる	○非該当
●あり ○なし	2. 全職員に対して、守るべき法・規範・倫理(個人の尊厳を含む)などが遵守されるように取り組み、定期的に確認している。	○非該当
サブカテゴリ2(3-2)		
利用者の権利擁護のために、組織的な取り組みを行っている		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 4/4
評価項目1 利用者の意向(意見・要望・苦情)を多様な方法で把握し、迅速に対応する体制を整えている 評点(〇〇)		
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 苦情解決制度を利用できることや事業者以外の相談先を遠慮なく利用できることを、利用者に伝えている	○非該当
●あり ○なし	2. 利用者の意向(意見・要望・苦情)に対し、組織的に速やかに対応する仕組みがある	○非該当
評価項目2 虐待に対し組織的な防止対策と対応をしている 評点(〇〇)		
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 利用者の気持ちを傷つけるような職員の言動、虐待が行われることのないよう、職員が相互に日常の言動を振り返り、組織的に防止対策を徹底している	○非該当
●あり ○なし	2. 虐待を受けている疑いのある利用者の情報を得たときや、虐待の事実を把握した際には、組織として関係機関と連携しながら対応する体制を整えている	○非該当
サブカテゴリ3(3-3)		
地域の福祉に役立つ取り組みを行っている		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 5/5
評価項目1 透明性を高め、地域との関係づくりに向けて取り組んでいる 評点(〇〇)		
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 透明性を高めるために、事業所の活動内容を開示するなど開かれた組織となるよう取り組んでいる	○非該当
●あり ○なし	2. ボランティア、実習生及び見学・体験する小・中学生などの受け入れ体制を整備している	○非該当
評価項目2 地域の福祉ニーズにもとづき、地域貢献の取り組みをしている 評点(〇〇〇)		
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 地域の福祉ニーズにもとづき、事業所の機能や専門性をいかした地域貢献の取り組みをしている	○非該当
●あり ○なし	2. 事業所が地域の一員としての役割を果たすため、地域関係機関のネットワーク(事業者連絡会、施設長会など)に参画している	○非該当
●あり ○なし	3. 地域ネットワーク内での共通課題について、協働できる体制を整えて、取り組んでいる	○非該当

4			リスクマネジメント		5/5
サブカテゴリ1(4-1)					
リスクマネジメントに計画的に取り組んでいる			サブカテゴリ毎の標準項目実施状況		5/5
評価項目1 事業所としてリスクマネジメントに取り組んでいる			評点(〇〇〇〇〇)		
評価	標準項目				
●あり ○なし	1. 事業所が目指していることの実現を阻害する恐れのあるリスク(事故、感染症、侵入、災害、経営環境の変化など)を洗い出し、どのリスクに対策を講じるかについて優先順位をつけている				○非該当
●あり ○なし	2. 優先順位の高さに応じて、リスクに対し必要な対策をとっている				○非該当
●あり ○なし	3. 災害や深刻な事故等に遭遇した場合に備え、事業継続計画(BCP)を策定している				○非該当
●あり ○なし	4. リスクに対する必要な対策や事業継続計画について、職員、利用者、関係機関などに周知し、理解して対応できるように取り組んでいる				○非該当
●あり ○なし	5. 事故、感染症、侵入、災害などが発生したときは、要因及び対応を分析し、再発防止と対策の見直しに取り組んでいる				○非該当
サブカテゴリ2(4-2)					
事業所の情報管理を適切に行い活用できるようにしている			サブカテゴリ毎の標準項目実施状況		4/4
評価項目1 事業所の情報管理を適切に行い活用できるようにしている			評点(〇〇〇〇)		
評価	標準項目				
●あり ○なし	1. 情報の収集、利用、保管、廃棄について規程・ルールを定め、職員(実習生やボランティアを含む)が理解し遵守するための取り組みを行っている				○非該当
●あり ○なし	2. 収集した情報は、必要な人が必要ときに活用できるように整理・管理している				○非該当
●あり ○なし	3. 情報の重要性や機密性を踏まえ、アクセス権限を設定するほか、情報漏えい防止のための対策をとっている				○非該当
●あり ○なし	4. 事業所で扱っている個人情報については、「個人情報保護法」の趣旨を踏まえ、利用目的の明示及び開示請求への対応を含む規程・体制を整備している				○非該当
カテゴリ4の講評					
新型コロナウイルスを最大のリスクとして備えていたことで、クラスターを未然に防げました 法人では、ここ数年新型コロナウイルス感染が事業運営の一番のリスクと認識し、早期に感染症BCP業務継続計画を作成しました。この計画に基づいた対応を実施することで、昨年は利用者と職員に感染者が発生したものの、クラスターの発生を防止することができました。感染発生時には隔離予防対策として見守りカメラが非常に有用であることが確認されました。また、症状がある短期入所者には、早期発見に努めることで、入所制限を設けることなく安心して利用できると好評を得ており、稼働率の維持が図れました。 システム管理委員会を中心に、ITを活用したインフラ整備を進めています 施設の経営情報は、その重要性和機密性に応じて適切に保護・共有されており、重要な情報はパソコンだけでなく書面でも保存されています。文書類は施錠可能なキャビネットに保管され、電子データは法人のサーバーで管理されています。収集した情報は、重要度と機密性に応じた職位・職種別のアクセス権限とパスワードの設定で保護されています。見守りシステムや音声入力システムなど、ITを活用したインフラ整備は法人のシステム管理委員会を中心に進めています。システムの定着化とともに画像等の管理活用や情報漏洩対策が課題と考えています。 利用者の個人情報については、基本方針に基づき研修等で遵守に努めています 利用者の個人情報保護については、基本方針を定め、個人情報保護規程および特定個人情報保護規程を整備しています。基本方針はウェブサイトに掲載しています。職員には、個人情報保護の重要性を入職時や理念研修で周知し、同意書の提出を受け、保護の遵守を求めています。利用者からの個人情報提供については、利用目的を明示した上で「同意書」を取得し、また、ウェブサイトや広報誌「フローラ便り」等への個人情報の掲載については「肖像権の使用に関わる承諾書」で、あらかじめ利用者・家族から同意を得るようにしています。					

5			カテゴリー5	
職員と組織の能力向上				
サブカテゴリー1(5-1)				
事業所が目指している経営・サービスを実現する人材の確保・育成・定着に取り組んでいる			サブカテゴリー毎の標準項目実施状況	12/12
評価項目1 事業所が目指していることの実現に必要な人材構成にしている			評点(〇〇)	
評価	標準項目			
●あり ○なし	1. 事業所が求める人材の確保ができるよう工夫している			○非該当
●あり ○なし	2. 事業所が求める人材、事業所の状況を踏まえ、育成や将来の人材構成を見据えた異動や配置に取り組んでいる			○非該当
評価項目2 事業所の求める人材像に基づき人材育成計画を策定している			評点(〇〇)	
評価	標準項目			
●あり ○なし	1. 事業所が求める職責または職務内容に応じた長期的な展望(キャリアパス)が職員に分かりやすく周知されている			○非該当
●あり ○なし	2. 事業所が求める職責または職務内容に応じた長期的な展望(キャリアパス)と連動した事業所の人材育成計画を策定している			○非該当
評価項目3 事業所の求める人材像を踏まえた職員の育成に取り組んでいる			評点(〇〇〇〇)	
評価	標準項目			
●あり ○なし	1. 勤務形態に関わらず、職員にさまざまな方法で研修等を実施している			○非該当
●あり ○なし	2. 職員一人ひとりの意向や経験等に基づき、個人別の育成(研修)計画を策定している			○非該当
●あり ○なし	3. 職員一人ひとりの育成の成果を確認し、個人別の育成(研修)計画へ反映している			○非該当
●あり ○なし	4. 指導を担当する職員に対して、自らの役割を理解してより良い指導ができるよう組織的に支援を行っている			○非該当
評価項目4 職員の定着に向け、職員の意欲向上に取り組んでいる			評点(〇〇〇〇)	
評価	標準項目			
●あり ○なし	1. 事業所の特性を踏まえ、職員の育成・評価と処遇(賃金・昇進・昇格等)・称賛などを連動させている			○非該当
●あり ○なし	2. 就業状況(勤務時間や休暇取得、職場環境・健康・ストレスなど)を把握し、安心して働き続けられる職場づくりに取り組んでいる			○非該当
●あり ○なし	3. 職員の意識を把握し、意欲と働きがいの向上に取り組んでいる			○非該当
●あり ○なし	4. 職員間の良好な人間関係構築のための取り組みを行っている			○非該当
サブカテゴリー2(5-2)				
組織力の向上に取り組んでいる			サブカテゴリー毎の標準項目実施状況	3/3
評価項目1 組織力の向上に向け、組織としての学びとチームワークの促進に取り組んでいる			評点(〇〇〇)	
評価	標準項目			
●あり ○なし	1. 職員一人ひとりが学んだ研修内容を、レポートや発表等を通じて共有化している			○非該当
●あり ○なし	2. 職員一人ひとりの日頃の気づきや工夫について、互いに話し合い、サービスの質の向上や業務改善に活かす仕組みを設けている			○非該当
●あり ○なし	3. 目標達成や課題解決に向けて、チームでの活動が効果的に進むよう取り組んでいる			○非該当

カテゴリー7	
7	事業所の重要課題に対する組織的な活動
サブカテゴリー1(7-1)	
事業所の重要課題に対して、目標設定・取り組み・結果の検証・次期の事業活動等への反映を行っている	
評価項目1 事業所の理念・基本方針の実現を図る上での重要課題について、前年度具体的な目標を設定して取り組み、結果を検証して、今年度以降の改善につなげている(その1)	
前年度の重要課題に対する組織的な活動(評価機関によるまとめ) 2020年から始まった感染症による社会的閉塞が続く中、施設運営を余儀なくされ、過去3年間の事業計画の多くは完遂できていません。今後は人材育成、パンデミックへの対応体制の再構築、安定的な事業運営の目標を再設定し、確実に実践するため、以下の3項目を計画し取り組みました。①移り変わる社会環境に適応できる人材の育成。②東京聖新会に関わる全ての人の環境改善。③将来を見据えた安定的な事業運営の検討。具体的な取り組みとして、①は専門性向上を図る各種の全員参加の研修とOff-JTの実施、職員3名以上が5つの学会で事例報告を行います。②はBCPの継続的な見直しと安全な環境の提供、定期的な床、壁、水回りの点検修繕、脱衣所の床張替え、屋上防水工事の前検査を行います。③は定員を30床から33床に変更します。	
目標の設定と取り組み	☒ 具体的な目標を設定し、その達成に向けて取り組みを行った ☐ 具体的な目標を設定したが、その達成に向けて取り組みが行われていなかった ☐ 具体的な目標が設定されていなかった
取り組みの検証	☒ 目標達成に向けた取り組みについて、検証を行った ☐ 目標達成に向けた取り組みについて、検証を行っていなかった(目標設定を行っていなかった場合も含む) ☐ 設立後間もないため、前年度の実績がなく、評価対象外である
検証結果の反映	☒ 次期の事業活動や事業計画へ、検証結果を反映させた ☐ 次期の事業活動や事業計画へ、検証結果を反映させていない ☐ 設立後間もないため、前年度の実績がなく、評価対象外である
評価項目1で確認した組織的な活動や評価の選択に関する講評 <標語の選択理由・目標達成の状況>3項目の取り組みが具体的に行われたことを確認し、振り返りを行っています。①全員参加研修やOff-JTをビデオ会議形式で実施し、事例を5つの学会でスタッフ3名以上が報告しました。地域向けには勉強会をオープン開催しました。②災害時および感染症発生時のBCPを見直し、再構築と再徹底を行い、ウェブサイトで迅速な情報公開を実施しました。また、床や壁などの定期点検・修繕を行い、脱衣所の床補修を実施しました。感染症対策として消毒が可能な加湿器を購入しました。③定員は30床から33床に増加しました。 以上が確認され、全トイレに温水洗浄便座の完備等一部未了の点を含め次年度に継続されています。 感染症に関しては、令和6年度にクラスター化が発生しましたが、確立した感染症BCPの実践により、深刻な影響を回避しました。4月以降には小さな発症が見られましたが、ウェブサイトでの報告には至らず、施設の機能は維持され、運営を継続できました。近隣施設の増加に関連し、安定した収支を見込んで3床増やし、33床としましたが、短期入所生活介護の利用者が減少するため、全体の収支は厳しい状況が予想されます。	

評価項目2

事業所の理念・基本方針の実現を図る上での重要課題について、前年度具体的な目標を設定して取り組み、結果を検証して、今年度以降の改善につなげている(その2)

前年度の重要課題に対する組織的な活動(評価機関によるまとめ)

2020年から始まった感染症による社会的閉塞が続く中、施設運営を余儀なくされ、過去3年間の事業計画の多くは完遂できていません。目標を再設定し確実に実践していくため、評価項目1以外の3項目を計画し取り組みました。①将来を見据えたサービス提供の在り方を検討しました。②地域における在宅生活を支える包括的なシステムを構築しました。③地域社会への貢献と運営の透明化を進めました。具体的には、①高齢者入浴サービスを実施し、誰でも立ち寄れる「おおぞら食堂」を開設しました。②IoTテクノロジー機器の導入を進め、地域包括ケアシステムとの連携を図ります。週に1回、老健と特養の相談員と連携し、空ベッドやショートやショート空き情報を老健・包括・居宅へ随時提供し、空所補填率80%、ショート稼働率100%を目指します。③第三者委員会の存在を明確化し、内容の透明化を図ります。施設説明動画を作成し、運営法人のサービスや活動をウェブサイトにて公開しました。

目標の設定と取り組み	☒ 具体的な目標を設定し、その達成に向けて取り組みを行った ☐ 具体的な目標を設定したが、その達成に向けて取り組みが行われていなかった ☐ 具体的な目標が設定されていなかった
取り組みの検証	☒ 目標達成に向けた取り組みについて、検証を行った ☐ 目標達成に向けた取り組みについて、検証を行っていなかった(目標設定を行っていなかった場合も含む) ☐ 設立後間もないため、前年度の実績がなく、評価対象外である
検証結果の反映	☒ 次期の事業活動や事業計画へ、検証結果を反映させた ☐ 次期の事業活動や事業計画へ、検証結果を反映させていない ☐ 設立後間もないため、前年度の実績がなく、評価対象外である

評価項目2で確認した組織的な活動や評価の選択に関する講評

<標語の選択理由・目標達成の状況>3項目の取り組みが具体的に実施されたことを確認し、振り返りを行いました。①高齢者入浴サービスの実施。「おおぞら食堂」は毎月第4土曜日に定期開催され、地域の育成会との連携により「こども・地域おおぞら食堂」と改称し、費用負担を軽減しました。また、新たに同日に「おおぞら保健室」を設置しました。②IoTテクノロジー機器の改善の検証を行い、次年度の在宅での実証に向けた準備を進めました。週1回老健と特養の相談員が連携し、空所補填率は84%、ショート稼働率は107%と目標を達成しました。③第三者委員会の存在と内容の透明化を図り、委嘱状を発行し掲示することで第三者委員の立場を明確にしました。全てのサービスや活動について、リハビリ動画や国際研究会参加の情報等をウェブサイトで公開し情報発信を行いました。施設説明動画は地域向けと研修用に作成しました。

<副次的効果>おおぞら食堂の運営に伴い中止されていた家族会が復活し、以前のようにイベントに参加できる環境が整いました。リハビリ動画はインターネットで紹介し活用しました。以上が確認され、立ち寄り「お風呂」等一部未了の点を含め次年度に継続されています。

II サービス提供のプロセス項目(カテゴリ-6-1~3、6-5~6)

No.	共通評価項目 サブカテゴリー1		
1	サービス情報の提供	サブカテゴリー毎の 標準項目実施状況	4 / 4
評価項目1 利用希望者等に対してサービスの情報を提供している		評点(〇〇〇〇)	
評価	標準項目		
●あり ○なし	1. 利用希望者等が入手できる媒体で、事業所の情報を提供している		○非該当
●あり ○なし	2. 利用希望者等の特性を考慮し、提供する情報の表記や内容をわかりやすいものにしている		○非該当
●あり ○なし	3. 事業所の情報を、行政や関係機関等に提供している		○非該当
●あり ○なし	4. 利用希望者等の問い合わせや見学の要望があった場合には、個別の状況に応じて対応している		○非該当
サブカテゴリー1の講評			
ウェブサイトや案内パンフレット、フォロー通信を通じて、施設の情報を提供しています 施設ではウェブサイトや案内パンフレットを通じて情報を提供しています。案内パンフレットは活字を大きくし、空間を広くとって利用者が見やすいよう工夫しています。ウェブサイトでは地域活動や対外的活動、各種学会での研究発表を行い、地域連携室と連携しながら外部への情報発信をしています。地域FMラジオでは30分の番組を法人契約で放送しています。「こども・地域あおぞら食堂」を開催しており、今年度より「あおぞら保健室」が地域住民の健康や介護等の相談窓口として開設され、多くの方が相談に訪れサービス利用へつながっています。 ウェブサイトを毎週更新することにより、多数の問い合わせや連絡が多数きています ウェブサイトでは、行事やレクリエーション活動を迅速に更新し、情報を発信しています。このため、ウェブサイトを訪れる方が増え、求人やボランティアの増加につながっています。FM放送では、職員が企画してパーソナリティーを担当し、当法人の活動や取り組みを発信しています。また、聴取者が興味を持てる内容を提供できるよう工夫しています。施設のウェブサイトだけでなく、さまざまなSNSを活用し介護に関する情報を紹介することを考えています。市民介護教室では、介護、看護、リハビリ、栄養の4部門の研修を録画し、活用しています。 問い合わせや相談には、相談員や介護支援専門員を中心に迅速な対応を心掛けています 見学希望や問い合わせ・相談に対しては、相談員や介護支援専門員が中心となり、利用者や家族の希望に沿って詳細で丁寧な対応を心がけています。また、専門職員(相談員・介護支援専門員)が入居希望者や家族に的確な助言を行えるよう配慮しています。生活スペースの見学や写真を使用して、日々の生活の様子が分かるよう配慮しています。以前より入居相談が増えており、当施設を第一希望とされる方が増加しています。			

サブカテゴリー2			
2	サービスの開始・終了時の対応	サブカテゴリー毎の 標準項目実施状況	6/6
評価項目1 サービスの開始にあたり利用者等に説明し、同意を得ている		評点(〇〇〇)	
評価	標準項目		
●あり ○なし	1. サービスの開始にあたり、基本的ルール、重要事項等を利用者の状況に応じて説明している	○非該当	
●あり ○なし	2. サービス内容や利用者負担金等について、利用者の同意を得るようにしている	○非該当	
●あり ○なし	3. サービスに関する説明の際に、利用者や家族等の意向を確認し、記録化している	○非該当	
評価項目2 サービスの開始及び終了の際に、環境変化に対応できるよう支援を行っている		評点(〇〇〇)	
評価	標準項目		
●あり ○なし	1. サービス開始時に、利用者の支援に必要な個別事情や要望を決められた書式に記録し、把握している	○非該当	
●あり ○なし	2. 利用開始直後には、利用者の不安やストレスが軽減されるように支援を行っている	○非該当	
●あり ○なし	3. サービスの終了時には、利用者の不安を軽減し、支援の継続性に配慮した支援を行っている	○非該当	
サブカテゴリー2の講評			
サービス開始にあたり、基本ルールや重要事項を丁寧に説明し、同意を得ています 入所前に、施設での生活や医療体制に関して、介護支援専門員、生活相談員、看護師が中心となり、利用者や家族に説明を行っています。利用者・家族の意向を十分に聴取し、入所前の日常の細かな様子も把握した上で、「アセスメント表」に記録しています。これにより、入所後に作成する施設サービス計画書に重要な情報として活用しています。入所時の面談では、「契約チェック表」や「重要事項説明書」を用いて基本的なルールや利用料等について丁寧に説明し、改めて生活の進め方について説明した上で同意を得ています。 サービスの開始の際、環境変化に対応できるよう支援し、不安の解消を図っています 入所前の状況を考慮した環境整備を行い、多職種が声がけをして不安解消に努めています。入所後は、利用者の様子について短時間のミーティングで各職種が情報共有し、定期的に確認を行っています。また、家族には手紙や写真を送付して状況を報告し、最後まで寄り添う介護を実践しています。相談員をはじめ、介護士、看護師、管理栄養士、機能訓練指導員、ケアマネジャーなど、多岐にわたる職種がこまめに見守り、声かけ、巡視を行っています。各職種の特性を生かし、利用者の状況把握と潜在能力の発見に努め、不安感の解消へとつなげています。 サービス終了時には、利用者の家族の不安を軽減できるような取り組みを実施しています サービス終了時には、他事業所や病院と連携し、利用者や家族の不安を軽減できるよう配慮しています。家族とは終末期について変化を見ながら話し合い、不安の軽減を図り、看取り介護に対応できるよう努めています。利用者・家族に最後まで寄り添う介護を心がけています。昨年度は同法人の老健への移転ができず、1件当施設で看取りを実施しました。看取り介護終了後は関係職員が一堂に会し、カンファレンスを実施して振り返りを行い、看取り介護チーム力の向上を図っています。また、看取り対応の研修を年間2回以上実施しています。			

サブカテゴリ-3		
3	個別状況に応じた計画策定・記録	サブカテゴリ毎の 標準項目実施状況 10/10
評価項目1 定められた手順に従ってアセスメントを行い、利用者の課題を個別のサービス場面ごとに明示している 評点(〇〇〇)		
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 利用者の心身状況や生活状況等を、組織が定めた統一した様式によって記録し、把握している	○非該当
●あり ○なし	2. 利用者一人ひとりのニーズや課題を明示する手続きを定め、記録している	○非該当
●あり ○なし	3. アセスメントの定期的見直しの時期と手順を定めている	○非該当
評価項目2 利用者等の希望と関係者の意見を取り入れた個別の施設サービス計画を作成している 評点(〇〇〇)		
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 計画は、利用者の希望を尊重して作成、見直しをしている	○非該当
●あり ○なし	2. 計画は、見直しの時期・手順等の基準を定め、必要に応じて見直ししている	○非該当
●あり ○なし	3. 計画を緊急に変更する場合のしくみを整備している	○非該当
評価項目3 利用者に関する記録が行われ、管理体制を確立している 評点(〇〇)		
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 利用者一人ひとりに関する必要な情報を記載するしくみがある	○非該当
●あり ○なし	2. 計画に沿った具体的な支援内容と、その結果利用者の状態がどのように推移したのかについて具体的に記録している	○非該当
評価項目4 利用者の状況等に関する情報を職員間で共有化している 評点(〇〇)		
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 計画の内容や個人の記録を、支援を担当する職員すべてが共有し、活用している	○非該当
●あり ○なし	2. 申し送り・引継ぎ等により、利用者に変化があった場合の情報を職員間で共有化している	○非該当
サブカテゴリ-3の講評		
施設サービス計画書や必要に応じて栄養ケアプランなどを作成し、支援しています 施設では契約書に基づき施設サービス計画書を作成し、アセスメントシート(入居前・退院前)を各部署に配布しています。カンファレンスでは多職種全員が情報を共有し、検討を行います。ケアマネジャーは一定の手順に従って施設サービス計画書を作成し、管理栄養士が栄養ケア計画書、看護師が個別機能訓練計画を作成しています。計画書について利用者の理解が不十分な場合が多い中、フロー田無では66.7%の利用者が計画書を理解していることが利用者調査でわかります。施設における計画書の意義を啓発し、計画に基づいた実施が功を奏しています。		
施設では利用者・家族の希望や意向を把握して計画書を作成しています 施設では利用者本人ならびに家族の希望や意向、参加・実施にあたっての心配ごとなどを把握した上で計画を作成しています。入居・退院1ヶ月後にはカンファレンスを開催し、サービス内容の見直しを行うことで、個々の身体状況やニーズの見直しに努めています。また、退院時や褥瘡発生時、骨折時などの緊急時には臨時カンファレンスを開催し、計画の見直しをしています。認知症ケアで活用している「気づいちゃったシート」で得た利用者の情報は、計画立案や介護の現場での支援にも役立てています。		
利用者の情報は職員により収集・共有化され、家族にも写真を添えて送付しています 介護記録ソフトに各ケアの介護記録、検温や服薬等の看護記録が入力され、情報の共有が図られています。毎日のミーティング、申し送りには相談員、ケアマネジャー、看護師などの多職種が集まり、各利用者の計画について理解を深めるよう定期的カンファレンスを行い、理解を深め、次の見直しへとつなげています。また、職員が気付いた利用者の潜在能力や気づきも介護記録ソフトで共有され、本人の状況改善に活用されています。日々の様子は文章だけでなく、写真も添付してカンファレンス報告とともに家族に送付しています。		

サブカテゴリ-5		
5	プライバシーの保護等個人の尊厳の尊重	サブカテゴリ毎の 標準項目実施状況 5/5
評価項目1 利用者のプライバシー保護を徹底している 評点(〇〇〇)		
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 利用者に関する情報(事項)を外部和やりとりする必要がある場合には、利用者の同意を得ようとしている	○非該当
●あり ○なし	2. 個人の所有物や個人宛文書の取り扱い、利用者のプライベートな空間への出入り等、日常の支援の中で、利用者のプライバシーに配慮した支援を行っている	○非該当
●あり ○なし	3. 利用者の羞恥心に配慮した支援を行っている	○非該当
評価項目2 サービスの実施にあたり、利用者の権利を守り、個人の意思を尊重している 評点(〇〇)		
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 日常の支援にあたっては、個人の意思を尊重している(利用者が「ノー」と言える機会を設けている)	○非該当
●あり ○なし	2. 利用者一人ひとりの価値観や生活習慣に配慮した支援を行っている	○非該当
サブカテゴリ-5の講評		
個人情報保護方針のもと施設は個人情報の保護に努めています 施設では法人の「個人情報保護に関する基本方針」のもと、個人情報の取得、利用、第三者への提供などに関する取り扱いについて、利用者に対して入所時に説明し、同意を得ています。個人情報保護規程に基づき、特定した利用目的の範囲内で利用者の情報を関係外部へ開示し、支援を行っています。また、ウェブサイトや掲示、広報誌等に利用者の写真を使用する際には、別途「肖像権の使用に関わる承諾」で同意を得ています。特に写真の取り扱いについては、意向確認を十分に実施しています。 施設では利用者のプライバシーを守り、羞恥心にも配慮しています 年1回、法人全職員を対象とした「人権擁護」の研修を実施しています。基本理念についての研修も継続して行い、職員が法人の目指すビジョンをリフレクションできる環境を整えています。理念研修では法人の強み、弱み、大事にしたいことを職員自ら考え、共有しています。また、入室の際にはノックをして入室するなど、プライバシーの保護にも配慮しています。排泄介助では隠語を使用し、他の人に気づかれないう羞恥心に配慮したケアを行っています。 利用者個人の意思や意向を尊重し、希望に沿うように配慮し支援しています 施設サービス計画を作成する際や現場でのレク参加の声がけの際には、利用者が「ノー」と言える機会を設け、意向を十分に汲み取るようにしています。希望が難しい場合でも、まずは尊重し、外食や映画鑑賞も希望に沿って行えるよう配慮しています。また、Wi-Fiの希望にも対応し、利用者がリモートで友人と交流できるようにもしています。多職種の職員も、利用者の意向を汲み取るようにしています。さらに、第三者委員やオンブズパーソンへの連絡方法を明示し、施設職員に直接言いつらい場合の対応方法も用意しています。		

サブカテゴリ-6		
6	事業所業務の標準化	サブカテゴリ毎の 標準項目実施状況 5/5
評価項目1 手引書等を整備し、事業所業務の標準化を図るための取り組みをしている 評点(〇〇〇)		
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 手引書(基準書、手順書、マニュアル)等で、事業所が提供しているサービスの基本事項や手順等を明確にしている	○非該当
●あり ○なし	2. 提供しているサービスが定められた基本事項や手順等に沿っているかどうか定期的に点検・見直しをしている	○非該当
●あり ○なし	3. 職員は、わからないことが起きた際や業務点検の手段として、日常的に手引書等を活用している	○非該当
評価項目2 サービスの向上をめざして、事業所の標準的な業務水準を見直す取り組みをしている 評点(〇〇)		
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 提供しているサービスの基本事項や手順等は変更の時期や見直しの基準が定められている	○非該当
●あり ○なし	2. 提供しているサービスの基本事項や手順等の見直しにあたり、職員や利用者等からの意見や提案を反映するようにしている	○非該当
サブカテゴリ-6の講評		
業務マニュアルを作成し、業務の標準化を図っています 委員会活動を基礎に各種業務マニュアルを整備し、業務の標準化を図っています。業務マニュアルの見直しは年度初めに委員会が担当マニュアルを見直していますが、感染症BCPや災害BCPについては都度見直しを行い、改定をしています。また、人材育成にも力を入れており、年2回、個人面談を実施し、職員個々のスキルを本人と面談者が共に確認しています。指導する立場の職員も、研修や会議を通じてマネジメント能力の向上を目指しています。 サービスの統一を一層強化するため新人教育に力を入れています 施設では人材育成に注力しており、特に新入職員の教育に力を入れています。新入職員のOJTツールとしてOJT日誌や介助進行表を活用し、進捗状況の確認やわからないことをその日のうちに確認できるよう工夫しています。施設内で統一したサービス提供を行うため、職員の能力向上を図り、新入職員が安心して業務を行える環境を今後も考え続けていきます。また、職員が定期的に振り返りを行える勉強会を開催し、安定したサービスの質を確保や円滑に業務を遂行できる環境を構築していきたいと考えています。 法人内の横断的な諸活動により、職員のスキルや意欲の向上が図られています 施設では各委員会活動を通じて、人材育成にも注力しています。様々なツールを駆使し、組織性を重視しながら、チームで対応するための仕掛けづくりを積極的に実施しています。PDCAサイクルに基づく日々の業務の精査や、各種研究・学会での発表、資格取得のフォローアップなど、職員の自己実現につながる環境を意図的に整えています。また、法人各部署の主任・副主任クラスを対象にした「役職勉強会」をはじめ、今年度からはeラーニング形式の研修体制に着手しています。		

Ⅲ サービスの実施項目(カテゴリ6-4)

サブカテゴリ4	
サービスの実施項目	サブカテゴリ毎の 標準項目実施状況 43/43
1 評価項目1 施設サービス計画に基づいて自立生活が営めるよう支援を行っている 評点(〇〇〇)	
評価	標準項目
☒ あり ☐ なし	1. 施設サービス計画に基づいて支援を行っている 〇非該当
☒ あり ☐ なし	2. 利用者の意向や状態に応じて、生活の継続性を踏まえた支援を行っている 〇非該当
☒ あり ☐ なし	3. 介護支援専門員を中心に、介護、看護、リハビリ、栄養管理等の職員が連携して利用者の支援を行っている 〇非該当
評価項目1の講評	
施設サービス計画に基づき、一人ひとりの利用者に対して個別の支援を実施しています 施設では、施設サービス計画書、栄養ケア計画書、個別技能訓練計画書を作成し、利用者一人ひとりに個別な支援を実施しています。ケアカンファレンスや日々の申し送り、ミーティングには各専門職の出席を徹底し、密な連携による関係づくりが促進されています。「気づいちゃったシート」の内容をケアマネジャーが集約し、利用者の能力が発揮できるケアプランにつなげています。「気づいちゃったシート活動」を継続していますが、施設としてはブラッシュアップが必要と考えており現在検討しています。 一人ひとりへの理解を深め、その人らしい生活ができるように支援しています 職員は利用者のこれまでの社会生活や生活歴を十分に理解し、施設内でその人らしい生活を継続できるよう、入居時に自宅で使い慣れた思い出の品物の持ち込みを推奨しています。入居時や面会時、計画更新時に施設での過ごし方など本人や家族の意向を確認し手把握するとともに、生活習慣、性格、趣味、喫煙、飲酒等の情報を得て計画に反映させています。「気づいちゃったシート」は職員全員で利用者の動きを一日観察し、一人1件以上を見つけ出してタレで報告する活動です。利用者の隠れた能力を全員で探し出し、認知症改善につなげています。 ケアマネジャー、介護、看護、管理栄養士など多職種が連携し、支援につなげています 施設サービス計画に基づき、多職種が連携して支援を行い、必要に応じてカンファレンスを開催しています。ケアマネジャーが作成した全体の計画案を基に、介護、看護、管理栄養士等の職員が利用者一人ひとりに必要な具体的支援内容を検討し、状況に応じて栄養ケア計画書や個別技能訓練計画を作成し支援しています。また、施設では全室に見守りカメラを設置し、録画された映像を確認できることで、利用者の状態をリアルタイムに観察することができます。それによりケアに反映でき、特に夜間の職員負担の軽減が図られています。	
2 評価項目2 食事の支援は、利用者の状態や意思を反映して行っている 評点(〇〇〇)	
評価	標準項目
☒ あり ☐ なし	1. 利用者の状態に応じた食事提供や介助を行っている 〇非該当
☒ あり ☐ なし	2. 利用者の栄養状態を把握し、低栄養状態を改善するよう支援を行っている 〇非該当
☒ あり ☐ なし	3. 嚥下能力等が低下した利用者に対して、多職種が連携し、経口での食事摂取が継続できるよう支援を行っている 〇非該当
評価項目2の講評	
食事の支援は、利用者の状態や意思を反映して行っています 利用者が食事をしている際には、多職種でミールラウンドを実施して食事摂取状況を観察しており、利用者一人ひとりの状態を把握するようにしています。身体状況や変化があった場合には、ケアマネジャーを中心に適宜カンファレンスを開催し、多職種で情報を共有することで、利用者に最適な食事サービスの提供を心掛けています。また、利用者ごとの栄養ケア計画書を作成し、口腔ケアを励行し、栄養摂取状況を把握します。栄養状況に問題がある場合には、栄養補助食品を検討し提供しています。必要に応じて、歯科医師と連携して対応しています。 嚥下能力の低下に対して、管理栄養士をはじめとする多職種が連携し、支援しています 口腔ケアの徹底により、誤嚥性肺炎での入院者数が減少しています。しかし、歯科講習で得た知識の活用と共有が不足している場合や、職員の口腔ケア技術に差が見られることもあります。口腔ケアは誤嚥性肺炎の予防に大きな影響を与えることを理解し、施設としては今後とも口腔ケアに注力し、職員の技術向上を図り、多職種が連携して誤嚥性肺炎の予防に努める考えです。歯科医師や歯科衛生士との連携はもちろん、職員の口腔ケア技術向上のための研修と現場での実施を推進しています。 利用者の低栄養に対して管理栄養士は栄養補助食の検討・提供で改善を図っています 低栄養とは、食事量の減少や食事内容の偏りなどにより栄養状態が悪化し、体を動かすために必要なエネルギーの摂取量やタンパク質、ビタミン、ミネラルなどの栄養素が慢性的に不足している状態を指します。低栄養の状態が続くと、健康な状態を維持することが困難になります。これに対し、管理栄養士は栄養補助食品の検討と提供を行い、嘱託医や歯科医師と連携して必要に応じて医師に相談・受診し、体調の改善を図っています。	

3	評価項目3 利用者が食事を楽しむための工夫をしている			評点(〇〇〇〇)
	評価	標準項目		
	●あり ○なし	1. 利用者の嗜好を反映した食事を選択できる機会がある	○非該当	
	●あり ○なし	2. 食事時間は利用者の希望に応じて、一定の時間内で延長やずらすことができる	○非該当	
	●あり ○なし	3. テーブルや席は、利用者の希望に応じて、一定の範囲内で選択できる	○非該当	
●あり ○なし	4. 配膳は、利用者の着席に合わせて行っている	○非該当		
評価項目3の講評				
利用者が食事を楽しむための工夫をしています 利用者が食事を楽しめるよう、様々な工夫を行っています。選択食は53回、出前の日は12回、誕生会は6回行い、楽しめるメニューと選択できる食事を提供しています。また、行事食ではお楽しみメニューを5回、全国グルメ旅めしを長崎県や静岡県など12都道府県から12回、敬老会1回、餅つき大会1回、お正月1回を含む計20回のイベントが実施され、初めて知る郷土料理や地元料理を通じて利用者同士の会話も増え、大変好評でした。栄養ケア計画書を作成する際には、家族に意見や要望を伺い、その際、利用者の日常の様子を記入して伝えています。 食事時間は利用者の希望に応じて、一定の時間内で延長や変更が可能です 利用者の食事パターンを尊重し、ゆったりと食事を楽しんでもらえるよう配慮しています。朝食は8時から10時、昼食は12時から14時、夕食は18時から20時に提供していますが、衛生上問題がなければ時間を遅らせての提供も可能です。利用者アンケートでは、食事献立や食事介助に「満足している」との回答が寄せられています。また職員アンケートでも、食事時間は利用者の希望に応じて、一定の時間内で延長やずらすことができるとの意見に対し、リーダー層の100%、一般職員の92.3%が「そう思う」と答えています。 利用者の希望に応じて、テーブルや席は一定の範囲内で選択できます 介護職だけでなく、栄養士、ケアマネジャー、相談員、看護師も率先して食事介助に入り、利用者一人ひとりの食事摂取の観察を共有し、出来る限り自立して食事ができるようシーティングや自助具、介助方法を検討しています。利用者の状態や希望を総合的に考慮し、安心して食事できる席を用意しています。仲の良い利用者同士を隣に配置したり、背丈を考慮したテーブルの高さや椅子の具合を考慮しています。また、利用者の意向を反映して席の選定を行っています。身体の状態に応じて、箸やスプーンなどの自助具も工夫しています。				
4	評価項目4 入浴の支援は、利用者の状態や意思を反映して行っている			評点(〇〇〇〇)
	評価	標準項目		
	●あり ○なし	1. 利用者の意向や状態を把握して、できるだけ自立性の高い入浴形態(個浴、一般浴等)を導入している	○非該当	
	●あり ○なし	2. 入浴の誘導や介助は、利用者の羞恥心に配慮して行っている	○非該当	
	●あり ○なし	3. 認知症の利用者に対し、個別の誘導方法を実施している	○非該当	
●あり ○なし	4. 利用者が入浴を楽しめる工夫をしている	○非該当		
評価項目4の講評				
利用者の状態や意思を反映し、安全・安心な入浴支援を行っています 出来る限り家庭での生活に近づけるという観点から、職員が介助することで浴槽を跨ぐことができる方には、できる限り個浴で入浴してもらえよう配慮しています。浴槽への出入りの際は、2名での介助を行い、安全確保に努めています。個浴、中間浴、機械浴を設置し、どのような身体状態の方でも安心・安全に入浴できる環境を整えています。入浴時にはバイタルチェックを行い、看護師の指示を仰ぎながら適切に入浴できるよう取り組んでいます。 利用者の羞恥心に配慮し、入浴を楽しめるよう支援しています 大型パーテーションを活用し、利用者の羞恥心に配慮した個別ケアを徹底しています。5月の節句や冬至など、季節を感じてもらえるように「菖蒲湯」や「ゆず湯」といったイベントや、入浴剤を使用した入浴を取り入れています。入浴が苦手な方に対しても、声掛けを工夫し、入浴を促しています。また、時にはBGMを流し、入浴を楽しんでもらえるようにもしています。コロナ陽性者が発生した際には入浴を中止し、清拭対応を行いました。 ゆとりを持った入浴支援と職員負担の軽減に配慮して週2回から週4回に変更しました 令和4年11月から、ゆとりを持った入浴支援と職員負担の軽減に配慮して、入浴日を週2回から週4回に変更しました。入浴時は全身状態を観察する良い機会となるため、外傷や皮下出血がないか確認し、皮膚の状態も観察するようにしています。この観察において、職員の気付きが重要となります。細かな点を見逃してしまう可能性もあるため、入浴時に確認すべき箇所を入浴マニュアルにまとめる必要があると施設では考えています。				

5	評価項目5 排泄の支援は、利用者の状態や意思を反映して行っている		評点(〇〇〇〇)	
	評価	標準項目		
	☒ あり ☐ なし	1. 利用者の意向や状態に応じ、自然な排泄を促すよう支援を行っている		☐ 非該当
	☒ あり ☐ なし	2. 排泄の誘導や介助は、利用者の羞恥心に配慮して行っている		☐ 非該当
	☒ あり ☐ なし	3. 研修等によりオムツ交換、トイレ誘導等の排泄介助方法の向上に取り組んでいる		☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	4. トイレ(ポータブルトイレを含む)は衛生面や臭いに配慮し、清潔にしている	☐ 非該当		
評価項目5の講評				
利用者の状態や意思を反映して排泄の支援を行っています 排泄に関しては、羞恥心に配慮し隠語を使用した声掛けなどで排泄介助を実施しています。また、可能な限りトイレでの排泄を促す声掛けや支援を行っています。ヨーグルトや飲水を促す甘いオリゴ糖などを積極的に取り入れ、下剤を使用せずに自然な排便を促すことができるよう、介護職員のみならず多職種間で連携して実践しています。 利用者の羞恥心や自尊心に配慮し、排泄介助には隠語を活用しています 排泄交換を「ナッピーチェンジ」、排尿を「Hr」、排便を「Kot」等の隠語を使用し、利用者のプライバシーに配慮しています。また、利用者の羞恥心や自尊心に配慮し、おむつゼロ運動を実践しています。トイレで排泄が可能な方にはトイレ誘導を行い、2人介助によるトイレ誘導の時間を設けています。自立支援につながるよう動作の幅を広げるため、全トイレ内に上下開閉式補助レバーを設置し、安全性にも配慮しています。 職員の排泄介護技術向上のため、排泄介助研修を増やすよう努めています 職員の介護技術の差を少なくするため、排泄介助に関する研修を増やす必要があると施設では考えています。また終日、施設推奨の介護用綿パンツの利用者の中には、工夫次第でトイレ介助が可能な方もいるため、排泄方法の見直しの必要性も合わせて考えています。これらを踏まえ、研修の強化と見直しを図ろうとしています。さらに、個別に適正なパッドが使用されているかの検討も行っており、新製品が出た際にはメーカーに声をかけて試着会を開催し、適正なパッド探しも実施しています。				
6	評価項目6 移動の支援は、利用者の状態や意思を反映して行っている		評点(〇〇〇)	
	評価	標準項目		
	☒ あり ☐ なし	1. 利用者の状態や意向に応じ、できるだけ自力で移動できるよう支援を行っている		☐ 非該当
	☒ あり ☐ なし	2. ベッド移乗、車イスの操作など移動のための介助が安全に行われている		☐ 非該当
	☒ あり ☐ なし	3. 利用者が快適に使用できるよう車イス等の環境整備が行われている		☐ 非該当
評価項目6の講評				
移動の支援は、利用者の状態や意思を反映して行っています 安易な車椅子使用は避け、可能な限り自力で移動できるよう支援を行っています。利用者の安心・安全を第一に考え、環境整備を行った上で移動・移乗介助を心掛けています。身体状況を職員間で共有し、残存能力の低下に留意した声掛けや介助に努めています。同一法人の老健の機能訓練指導員と連携し、入居時や退院時など状況変化により移乗介助が難しい利用者へのアドバイスを得て、職員間で情報を共有しています。車椅子使用者でも、トイレ誘導や入浴誘導時には介助歩行を促し、日常生活訓練を実施しています。 移動や移乗の介助は安全第一に行っています 移動のための介助は安全第一に実施されています。また、移乗介助では見守りカメラシステムを活用し、保存された履歴動画から職員の移乗介助方法を確認・共有することが可能です。これにより、職員の意識やスキルの向上に寄与しています。スマートフォンのシルエット画像を確認することで業務の優先順位を判断でき、職員の疲労軽減にも効果が表れています。しかし、まだ職員により設定や使用方法にばらつきが見られるため、施設として全職員が習得できる対策の検討が必要と考えています。 車いす等の整備は職員によってチェック表を活用し、定期的実施されています 車椅子などの環境整備が行われ、利用者が快適に使用できるよう配慮されています。設備の破損や故障の有無を常に点検し、利用者が安全で快適な生活を送れるよう改善に努めます。そのため、チェック表を活用して定期的な点検と清掃を実施しています。介護職員を中心に多職種の連携のもとで行われており、職員アンケートでは、環境整備が行われているとの回答がリーダー層で100%、一般職員で69.2%となっており、若干の差はありますが、基本的には実施されていることが確認できます。				

7	評価項目7 利用者の身体機能など状況に応じた機能訓練等を行っている 評点(〇〇〇〇) <table border="1"> <thead> <tr> <th>評価</th> <th>標準項目</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>●あり ○なし</td> <td>1. 利用者一人ひとりに応じた機能訓練プログラムを作成し、評価・見直しをしている</td> <td>○非該当</td> </tr> <tr> <td>●あり ○なし</td> <td>2. 機能訓練のプログラムに日常生活の場でいかすことができる視点を入れている</td> <td>○非該当</td> </tr> <tr> <td>●あり ○なし</td> <td>3. 機能訓練指導員と介護職員等の協力のもと、日常生活の中でも機能訓練を実施している</td> <td>○非該当</td> </tr> <tr> <td>●あり ○なし</td> <td>4. 福祉用具は、定期的に使用状況の確認をし、必要に応じて対処をしている</td> <td>○非該当</td> </tr> </tbody> </table>	評価	標準項目		●あり ○なし	1. 利用者一人ひとりに応じた機能訓練プログラムを作成し、評価・見直しをしている	○非該当	●あり ○なし	2. 機能訓練のプログラムに日常生活の場でいかすことができる視点を入れている	○非該当	●あり ○なし	3. 機能訓練指導員と介護職員等の協力のもと、日常生活の中でも機能訓練を実施している	○非該当	●あり ○なし	4. 福祉用具は、定期的に使用状況の確認をし、必要に応じて対処をしている	○非該当			
評価	標準項目																		
●あり ○なし	1. 利用者一人ひとりに応じた機能訓練プログラムを作成し、評価・見直しをしている	○非該当																	
●あり ○なし	2. 機能訓練のプログラムに日常生活の場でいかすことができる視点を入れている	○非該当																	
●あり ○なし	3. 機能訓練指導員と介護職員等の協力のもと、日常生活の中でも機能訓練を実施している	○非該当																	
●あり ○なし	4. 福祉用具は、定期的に使用状況の確認をし、必要に応じて対処をしている	○非該当																	
	評価項目7の講評 利用者の身体機能や状況に応じた機能訓練を行っています 利用者一人ひとりに応じた機能訓練プログラムを作成し、評価・見直しを行っています。また、保護材を使用して車椅子のフットレストやアームレスト、ベッド柵などを保護し、備品のメンテナンスを常時改善しています。利用者のADLや状況に応じたポジショニングを写真撮影し、全員が共通した対応ができるよう周知に努めています。骨折した利用者に対しては、個別にポジショニングのマニュアルを作成し、チェック表を使用して確実に指示通りの支援が行われるようにしています。 隣接する老健のリハビリ職員と連携し、リハビリプログラムを活用しています 機能訓練のプログラムには、日常生活の場で活用できる視点を取り入れています。同一法人の隣接する老健のリハビリ職員と連携し、日常の機能訓練にも活用できるリハビリプログラムや、専門的な評価を踏まえたウォーキングマシンの使用、集団体操を実施しています。また、園芸、料理レクリエーション、手芸活動を通じて生活リハビリの活性化にも努めています。機能訓練指導員が時短勤務のため、個別の機能訓練プログラムが日常リハビリの主体となっています。そのため、施設としては機能訓練プログラムを増やす内容の検討を行いたいと考えています。 福祉用具は定期的に使用状況を確認し、整備やメンテナンスを実施しています 施設では、杖、歩行器、車椅子、シルバーカーなどの福祉用具を活用し、利用者が日常生活を安全で快適に過ごせるよう支援に取り組んでいます。身体状況に応じて用具を検討するため、利用者の意向を踏まえ、多職種の職員が随時検討を行い、活用しています。また、福祉用具の安全面については、職員が点検を担当し、メンテナンスシートを作成・管理することで、安全に利用できる体制を整えています。																		
8	評価項目8 利用者の健康を維持するための支援を行っている 評点(〇〇〇〇〇) <table border="1"> <thead> <tr> <th>評価</th> <th>標準項目</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>●あり ○なし</td> <td>1. 利用者の状態に応じた健康管理や支援を行っている</td> <td>○非該当</td> </tr> <tr> <td>●あり ○なし</td> <td>2. 服薬管理は誤りがないようチェック体制の強化などしくみを整えている</td> <td>○非該当</td> </tr> <tr> <td>●あり ○なし</td> <td>3. 利用者の状態に応じ、口腔ケアを行っている</td> <td>○非該当</td> </tr> <tr> <td>●あり ○なし</td> <td>4. 利用者の体調変化時(発作等の急変を含む)に、看護師や医療機関と速やかに連絡が取れる体制を整えている</td> <td>○非該当</td> </tr> <tr> <td>●あり ○なし</td> <td>5. 終末期の対応をすでに行っているか、行うための準備が行われている</td> <td>○非該当</td> </tr> </tbody> </table>	評価	標準項目		●あり ○なし	1. 利用者の状態に応じた健康管理や支援を行っている	○非該当	●あり ○なし	2. 服薬管理は誤りがないようチェック体制の強化などしくみを整えている	○非該当	●あり ○なし	3. 利用者の状態に応じ、口腔ケアを行っている	○非該当	●あり ○なし	4. 利用者の体調変化時(発作等の急変を含む)に、看護師や医療機関と速やかに連絡が取れる体制を整えている	○非該当	●あり ○なし	5. 終末期の対応をすでに行っているか、行うための準備が行われている	○非該当
評価	標準項目																		
●あり ○なし	1. 利用者の状態に応じた健康管理や支援を行っている	○非該当																	
●あり ○なし	2. 服薬管理は誤りがないようチェック体制の強化などしくみを整えている	○非該当																	
●あり ○なし	3. 利用者の状態に応じ、口腔ケアを行っている	○非該当																	
●あり ○なし	4. 利用者の体調変化時(発作等の急変を含む)に、看護師や医療機関と速やかに連絡が取れる体制を整えている	○非該当																	
●あり ○なし	5. 終末期の対応をすでに行っているか、行うための準備が行われている	○非該当																	
	評価項目8の講評 利用者の健康維持のための支援を行っています 利用者の状態に応じた健康管理や支援を行っています。年一回の健康診断をはじめ、内科や歯科医が来所して利用者を診察し、健康維持を図っています。看護師が常駐していない夜勤帯でも、連絡体制を整備していることで、迅速な緊急対応が可能です。また、緊急時やターミナルでの受け入れにおいても、スムーズに対応できるよう情報共有を行っています。ターミナル期の状態が低下した利用者と家族の意向により、療養型病院ではなく施設での生活ができるよう、併設の老健や嘱託医と連携し、最期までケアをすることができ、家族から大変感謝されています。 服薬管理は誤りがないようにチェック体制を強化し、仕組みを整えています 服薬支援においては、誤薬を防ぐために看護師と複数の介護職員によるダブルチェック体制を整えています。服薬管理マニュアルに基づき、利用者の名前確認と服薬後の状態確認を徹底しています。服薬管理では、まず看護師が利用者ごとにダブルチェックで配薬を行い、介護士に引き渡し、介護士が個々の利用者間違いない服薬させ、服薬の際にも、誤薬を防ぐためにダブルチェックを実施しています。薬を飲み込む際に取り落とすケースもありますので、複数で確認しています。また服薬管理だけでなく、誤嚥性肺炎の予防にも努めています。 終末期の対応を行うための準備が進められています 終末期における家族の不安な心境を理解し、安心してもらえるような声掛けやフォローが出来るよう、職員がスキルアップする必要があります。現在、ターミナルケアの要望がある利用者は併設の老健に移ってもらい、老健での看取りを実施しています。しかし、療養型病院や老健に移行せず特養でもターミナルケアを行い、家族から感謝されるケースがあることから、看取り介護を希望する利用者を受け入れる体制の構築が必要であると施設は考えています。																		

9	評価項目9 利用者が日々快適に暮らせるよう支援を行っている 評点(〇〇〇) <table border="1"> <thead> <tr> <th>評価</th> <th>標準項目</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>●あり ○なし</td> <td>1. 起床後、就寝前に更衣支援を行っている</td> <td>○非該当</td> </tr> <tr> <td>●あり ○なし</td> <td>2. 起床後に洗顔や整髪等、利用者が身だしなみを整える際に支援を行っている</td> <td>○非該当</td> </tr> <tr> <td>●あり ○なし</td> <td>3. 利用者が安定した睡眠をとることができるよう支援を行っている</td> <td>○非該当</td> </tr> </tbody> </table>	評価	標準項目		●あり ○なし	1. 起床後、就寝前に更衣支援を行っている	○非該当	●あり ○なし	2. 起床後に洗顔や整髪等、利用者が身だしなみを整える際に支援を行っている	○非該当	●あり ○なし	3. 利用者が安定した睡眠をとることができるよう支援を行っている	○非該当			
評価	標準項目															
●あり ○なし	1. 起床後、就寝前に更衣支援を行っている	○非該当														
●あり ○なし	2. 起床後に洗顔や整髪等、利用者が身だしなみを整える際に支援を行っている	○非該当														
●あり ○なし	3. 利用者が安定した睡眠をとることができるよう支援を行っている	○非該当														
	評価項目9の講評 利用者が良質な睡眠をとることができ、快適な生活を送れるよう支援を行っています 落ち着かない利用者に対しては、消灯時間に無理に入眠を促すのではなく、職員と一緒に過ごしたり、テレビを観たり、お茶を提供したりして、本人の意志を尊重し、安心した睡眠環境を促進しています。また、利用者の生活歴や状況に応じて、和床やテレビの設置など、今までの環境に近い状態でサービスを提供できるよう取り組んでいます。さらに、極力睡眠薬に頼ることがないように、日中の活動を見直したり、利用者独自の睡眠周期を把握して対応することも、施設として検討しています。 朝の更衣による一日の区切りが必要と施設は考え、自立支援を行っています 朝の多忙な時間帯ということもあり、起床時の洗顔や整髪、更衣が徹底されていないことがあります。日勤帯でのサポートも可能ですが、朝の更衣や身だしなみの整え、食事をするという意識向上や一日のスタートとしての区切りの環境づくりが必要であると施設は考えています。利用者全員が更衣し、一日の生活を心新たに始められるよう自立支援に努めています。 ICTを活用し見守りカメラが全室に設置され利用者の睡眠状態を確認できています 施設にはICTを活用し、見守りカメラが全室に設置されています。これにより、利用者の睡眠状態を確認できる体制が整っています。また、利用者の身体状況を把握し、個々のニーズに応じた更衣介助や整容介助を行っています。転倒などの事故原因の解明や職員の移乗介助等の状況も把握でき、事故予防や職員の技術向上へもつなげています。眠れない利用者には傾聴や温かいミルクの提供、足浴を行い、安眠を促しています。															
10	評価項目10 利用者の施設での生活が楽しくなるような取り組みを行っている 評点(〇〇〇〇) <table border="1"> <thead> <tr> <th>評価</th> <th>標準項目</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>●あり ○なし</td> <td>1. 施設での生活は、他の利用者への迷惑や健康面に影響を及ぼさない範囲で、利用者の意思が尊重されている</td> <td>○非該当</td> </tr> <tr> <td>●あり ○なし</td> <td>2. 利用者の意向を反映したレクリエーションを実施している</td> <td>○非該当</td> </tr> <tr> <td>●あり ○なし</td> <td>3. 認知症の利用者が落ち着いて生活できるような支援を行っている</td> <td>○非該当</td> </tr> <tr> <td>●あり ○なし</td> <td>4. 利用者の気持ちに沿った声かけや援助を行っている</td> <td>○非該当</td> </tr> </tbody> </table>	評価	標準項目		●あり ○なし	1. 施設での生活は、他の利用者への迷惑や健康面に影響を及ぼさない範囲で、利用者の意思が尊重されている	○非該当	●あり ○なし	2. 利用者の意向を反映したレクリエーションを実施している	○非該当	●あり ○なし	3. 認知症の利用者が落ち着いて生活できるような支援を行っている	○非該当	●あり ○なし	4. 利用者の気持ちに沿った声かけや援助を行っている	○非該当
評価	標準項目															
●あり ○なし	1. 施設での生活は、他の利用者への迷惑や健康面に影響を及ぼさない範囲で、利用者の意思が尊重されている	○非該当														
●あり ○なし	2. 利用者の意向を反映したレクリエーションを実施している	○非該当														
●あり ○なし	3. 認知症の利用者が落ち着いて生活できるような支援を行っている	○非該当														
●あり ○なし	4. 利用者の気持ちに沿った声かけや援助を行っている	○非該当														
	評価項目10の講評 利用者の施設での生活が楽しくなるような取り組みを行っています 利用者が自由に参加できるよう、トリム体操、カラオケ、書道、手芸、園芸に加え、映像鑑賞や塗り絵など多彩なレクリエーションプログラムを用意しています。季節感を感じてもらえるよう、園芸で育てた作物を料理レクリエーションで調理し、皆で楽しく食する取り組みも行っています。また、職員が工夫を凝らし考えたレクリエーションも実施しています。地域の保育園児と毎月1回の交流があり、園児が作ったお土産を利用者へ手渡すなどの触れ合いを通じて、利用者の活性化につながっています。 他の利用者に影響を及ぼさない範囲で、利用者の意思を尊重した支援を行っています フロアにソファやミニ図書館を設置し、くつろげる空間を作り、皆で楽しむ時間を設けています。時には洗濯後の畳み物を、利用者同士が輪になって助け合いながら行うなど、共同作業をすることで普段とは異なる時間を楽しんでいます。これらの活動では、参加するかどうかを利用者が選べるようにしています。「ノー」と言える選択権を持つことを大切にしています。また、ボランティア活動「どろんこ保育園」は、毎月第3木曜日に感染状況に応じて「リモート」「窓越し」「施設内での交流」と段階を踏んで実施しました。 利用者の気持ちに寄り添った声かけや援助を行っています 利用者が選択できる声掛けを行っています。認知症の利用者には、唄が好きな方にはカラオケレクリエーションに声掛けし、好きな歌をみんなの前でリードして歌ってもらったり、ことわざが好きな方にはことわざごっこを率先して声に出してもらおうことで、元気で楽しい時間を持てるようにしています。利用者の意向はあらゆる場で聞き取るようにしています。特に認知症の利用者は意向をはっきりと言えない場合があり、「気づいちゃったシート」活動を通じて、積極的に把握するようにしています。カラオケレクリエーションへの誘導にも活用しています。															

11	評価項目11 地域との連携のもとに利用者の生活の幅を広げるための取り組みを行っている			評点(〇〇〇)	
	評価	標準項目			
	☒ あり ☐ なし	1. 定期的な散歩や外食、遠出など外出の機会を設けている			☐ 非該当
	☒ あり ☐ なし	2. 利用者が地域の一員として生活できるよう、地域住民が参加できるような行事など、日常的な関わりが持てる機会を設けている			☐ 非該当
	☒ あり ☐ なし	3. 地域の情報を収集し、利用者の状況に応じて提供している		☐ 非該当	
評価項目11の講評					
地域と連携し、利用者の生活の幅を広げるための取り組みを行っています 法人のお祭りには地域の住民も参加し、利用者と共に楽しんでいます。中学生の吹奏楽演奏や地域のキッチンカーによるラーメン提供は特に好評でした。2025年1月には136回を迎える地元FM放送の「みんなおいでよ東京聖新会！」は毎月1回30分の番組で、職員が企画・MCを担当し、市民を対象に施設に関する話題や福祉・医療に関心を持ちそうな情報を提供しています。ゲストとして市内の医師や福祉に携わるベテランの方や新人も参加し、放送内容はウェブサイトで聞くことができるよう工夫されています。 施設では社会貢献の一環として「こども・地域あおぞら食堂」を開催しています 法人で毎月第4土曜日に開催している「こども・地域あおぞら食堂」も、回数を重ねることで地域の方々の参加も増えてきています。令和6年4月より同時開催されている「あおぞら保健室」では、看護師が健康や介護に関する相談窓口として機能しています。また、ボランティアや他事業所の方も参加しているため、交流の輪が広がり、さまざまな活動につながっています。毎月行われている地域保育園園児との交流も、感染状況を考慮しながら対面で実施できるようになり、利用者の生活の活性化にも寄与しています。 コロナを防ぎつつ、家族との面会や外出支援の再開が期待されます 感染症対策の一環として、外出や交流の制限を継続していますが、以前に行っていたことをできる限り提供できる仕組みを検討する必要がありますと考えています。まず、家族や施設外の方との面会をもっと自由に行うことが大事だと考えています。職員同士の会食・懇親会の実施や地域住民向けの介護研修会の再開、利用者と職員で地域散策による新しいお店や名所を発見する活動など、工夫を凝らした外出支援への取り組みを期待します。					
12	評価項目12 施設と家族との交流・連携を図っている			評点(〇〇〇)	
	評価	標準項目			
	☒ あり ☐ なし	1. 利用者の日常の様子を定期的に家族に知らせている			☐ 非該当
	☒ あり ☐ なし	2. 家族や利用者の意向に応じて、家族と職員・利用者が交流できる機会を確保している			☐ 非該当
	☒ あり ☐ なし	3. 家族または家族会が施設運営に対し、要望を伝える機会を確保している		☐ 非該当	
評価項目12の講評					
家族にできるだけ利用者の状況を手紙や写真で知らせています 家族に利用者の様子を伝えるため、定期的に手紙や写真のプリントを送付しており、今年は実施していませんが、年賀状に写真を添付したものを用意した年もありました。また、「フローラ便り」の内容を充実させ、家族に日常生活の様子が伝わるよう工夫をしています。ウェブサイトは定期的に更新し、最新の施設内活動を知らせています。さらに、ケアカンファレンスを実施し、家族の参加も引き続き呼び掛けています。できるだけ利用者の最新の状況が家族に伝わるよう努めています。 家族と利用者、職員が交流できる機会を提供しています 利用者のニーズに応じた個別ケアを充実させるための環境整備に今後も取り組んでいく必要があると考えています。特に面会については、コロナを防ぎつつ、自由度を高めていきたいと思っています。また、法人のお祭りは家族、利用者、職員が交流できる良い機会です。今年は2回に分けて実施しました。さらに、家族懇談会も開催し、例年実施している家族アンケートや満足度アンケートも行いました。それらから得た貴重な意見を基に、今後のサービス提供に活かしていく予定です。 家族や家族会が施設運営に対して意見を述べる機会を設けています 家族懇談会での施設運営に対する意見聴取に加え、面会時やケアカンファレンスにおいても家族の意向や意見を聞き取るようにしています。このように、施設は家族が意見を述べられる機会を用意しています。また、年に1回家族アンケートと満足度アンケートを実施し、家族からの意見や要望を聴取し、施設運営や利用者支援に活かすよう努めています。					

事業者が特に力を入れている取り組み①		
評価項目	4-1-1	事業所としてリスクマネジメントに取り組んでいる
タイトル①	見守りカメラ等の導入により職員の負担軽減と事故の再発防止に役立っています	
内容①	見守りカメラと赤外線センサーは、排泄のために移動しようとする利用者の体動を把握し、すぐに介助に向かうべきか、安全面からまだ猶予があるかを判断できるようになっています。利用者の状態によって、配慮や介助の必要性を選択・判断することができ、利用者の身体能力に応じた見守りが可能です。このため、個別ケアが充実し、職員、特に夜間勤務者の肉体的・精神的負担が大幅に軽減されました。リスク管理の面では、録画機能が利用者に万一の事態が発生した場合に、事故と事件を切り分け、原因究明と再発防止に役立っています。	

事業者が特に力を入れている取り組み②		
評価項目	6-3-2	利用者等の希望と関係者の意見を取り入れた個別の施設サービス計画を作成している
タイトル②	種々のサービス計画の作成とそれに沿った統一的な支援に力を入れています	
内容②	施設サービス計画書、栄養ケア計画書、個別機能訓練計画書を作成し、利用者の生活を支援しています。契約書では計画書の作成とその意味を説明し、統一した支援を行っています。施設サービス計画書はケアマネジャーが作成し、他の計画書はそれぞれ管理栄養士と看護師が担当しています。利用者がこれらの計画を十分に理解していないケースが多い中、調査結果では利用者の66.7%が計画をよく理解していることがわかります。利用者が計画をよく理解し、統一された支援を受けることで楽しく豊かな生活を享受する取り組みは成果を上げています。	

事業者が特に力を入れている取り組み③		
評価項目	6-4-3	利用者が食事を楽しむための工夫をしている
タイトル③	利用者が食事を楽しめるように力を入れて取り組んでいます	
内容③	年間で20回の行事食として食事を楽しめるメニューを考えて提供しています。2月の豆まき、3月のお雛様、5月の節句など、5回のお楽しみメニュー食や「全国グルメ旅めし」として12回のご当地グルメを用意しています。敬老会、餅つき大会、お正月の行事を含め、計20回の行事食を企画し、利用者に喜ばれおり、特にご当地グルメに興味を持った方が多く大好評でした。さらに、選択食を53回、出前の日を12回、誕生会を6回実施し、楽しめる食事の提供に努めています。最近では看取り時の利用者が希望する食べ物を探すことにも注力しています。	

No.	特に良いと思う点	
1	タイトル	工夫されたウェブサイトの最新の情報によって、施設の様子がよくわかるようになっています
	内容	施設では法人の活動をすべて知ることができるウェブサイトを目指しています。施設のさまざまな活動は、施設長のブログで詳細を紹介しており、月1回のFM放送内容もウェブサイトから直接聞くことができます。さらに、認知症ケア活動やコミュニケーションロボットの研究成果も閲覧可能です。地域活動としての「こども・地域あおぞら食堂」や職員向けの施設内研修、コロナ関連情報も掲載されており、施設の様子がよくわかるように工夫されています。
2	タイトル	研修委員会が年間研修計画を策定し、理念研修や専門性向上研修、階層別研修等を実施しています
	内容	人材確保と育成を法人の基本方針とし、研修委員会を中心に人材育成に注力しています。職員は年2回の個人面談と自己アセスメントにより自ら「個人研修計画」を策定します。研修は、研修委員会を中心に年間研修計画を策定し、専門性向上を図る全体研修や階層研修を実施します。また、自主勉強会を支援し、認知症介護やAI、IoTロボットの導入等についての学会発表者を指導し支えています（毎年3事例程度）。さらに、全職員を対象に年1回、法人理念、施設の目標や現状等について理解を深める理念研修を実施し、一体化を目指しています。
3	タイトル	地域共生型社会の実現に向けて、専門性を活かし市民介護研修会やあおぞら食堂など積極的に地域活動をしています
	内容	法人は「地域共生型社会の実現を目指す」を理念として、積極的に社会貢献に取り組み、施設の専門性を活かし「市民介護研修会」を実施しています。介護、看護、栄養、リハビリの職員が介護に関する動画を作成・放映しており、反復視聴が可能で好評を得ています。独居高齢者を対象に令和3年から始まった「あおぞら食堂」は、昨年より地域育成会と共催し「こども・地域あおぞら食堂」と改称し、対象も拡大しました。令和6年4月より、「あおぞら保健室」も同時開催し、看護師による健康相談を行っておりコミュニティの場としても機能しています。
No.	さらなる改善が望まれる点	
1	タイトル	建物や設備の老朽化に備え、大規模修繕や更新に向けた準備が望まれます
	内容	当施設は2000年4月に開設以来、24年が経過し、建物および設備の老朽化が進んできています。施設内の照明をLED化することで光熱費の削減を図りました。また、床、壁、水回り等の定期点検や修繕は行っていますが、屋上防水、空調設備、トイレ衛生設備、厨房内設備等については早期の改修や更新が望まれます。これらのハード面の改修事業については、法人全体の中長期計画を中心に推進する必要があり、法人全体の経営状況を考慮しながら具体的な計画を策定し、資金調達の方法も含め検討することが期待されます。
2	タイトル	法人として先進的で実践力に優れた活動を広く世間に周知させる広報活動を期待します
	内容	施設では広報活動に動画サイトを活用し、市民介護教室での介護・看護・リハビリ・栄養についての録画を活用しようと計画しています。例えばFM放送や認知症ケア、見守りカメラ、コミュニケーションロボット、市民介護教室、地域貢献活動（こども・地域あおぞら食堂、相談室、保健室、早朝リハビリ器具提供等）を通じて広報活動を行い、ウェブサイトだけでなく他のSNSも活用した広報活動を期待します。これにより、施設の認知度向上だけでなく、共に活動する仲間を集めることにもつながり、ボランティアの募集にも寄与することが期待されます。
3	タイトル	「気づいちゃったシート活動」のブラッシュアップの成果が期待されます
	内容	施設には認知症介護指導者が2名在籍し、実践活動を通して、利用者の状態観察でアグレッシブな動きや兆候を探す活動を行っています。この活動を通じて「気づいちゃったシート」が考え出されました。職員全員で利用者の動きを一日観察し、一人1件以上の発見をタレで報告する活動です。この「気づいちゃったシート活動」はスタートして10年以上が経過し、施設としてはブラッシュアップが必要と考えています。認知症利用者の改善と職員の観察力向上に寄与するものであり、ブラッシュアップの成果が期待されます。